ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 23–7

Date de publication : 1er avril 1997

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

		Pagination officielle :
PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE D'UNE ÉCLOSION DE ROUGEOLE EN COLOMBIE-BRITANNIQUE — FÉVRIER 1997	F-1	49 – 51
INCIDENCE DE L'«HÉPATITE B AIGUË» AU CANADA	F-3	52 – 55
PALUDISME D'AÉROPORT — SUISSE	F-5	55
ANNONCE	F-5	55 – 56

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE D'UNE ÉCLOSION DE ROUGEOLE EN COLOMBIE-BRITANNIQUE — FÉVRIER 1997

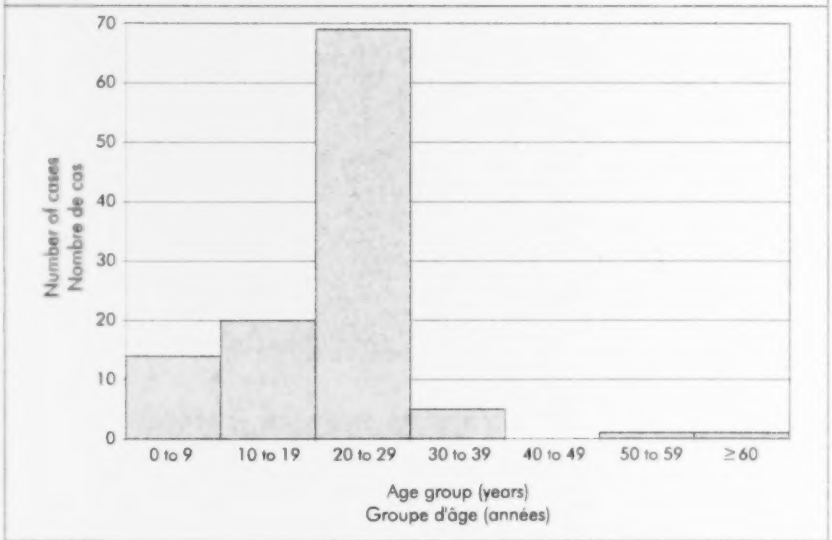
Le 28 janvier 1997, trois cas cliniques de rougeole chez des étudiants fréquentant la *Simon Fraser University* (SFU) ont été signalés au *British Columbia Centre for Disease Control*. Ces cas ont par la suite été confirmés par la présence d'IgM spécifiques de la rougeole dans les prélèvements sérologiques de phase aiguë. Le jour suivant, plusieurs autres cas cliniques et suspects avaient été décelés; on a alors décidé d'offrir un vaccin contenant la composante antirougeoleuse à tout le personnel et aux étudiants de la SFU. Ce programme de vaccination systématique s'est déroulé sur le campus universitaire du 31 janvier au 7 février 1997; > 85 % du nombre estimatif de sujets réceptifs ont reçu le vaccin.

À ce jour, on a signalé 107 cas de rougeole, dont 56 étaient liés à la SFU. Quarante cas ont pu être confirmés soit par la présence d'IgM dans des prélèvements sérologiques de phase aiguë, soit par un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire. Pour les autres, il s'agissait soit de cas cliniques (40) ou de cas suspects (27).

La figure 1 illustre la distribution des cas selon l'âge; la majorité avaient entre 19 et 29 ans. Un cas dans ce groupe d'âge avait déjà reçu deux doses de vaccin contenant la composante antirougeoleuse, 26 en avaient reçu une dose et trois n'avaient reçu aucune dose. Les antécédents en matière d'immunisation des 34 autres cas étaient inconnus. Quinze cas avaient entre 1 an et 18 ans; quatre de ces cas (trois cas cliniques et un cas suspect) avaient déjà reçu deux doses de vaccin contenant la composante antirougeoleuse, huit avaient reçu une dose de ce vaccin et trois n'avaient reçu aucune dose.

La figure 2 fournit la courbe épidémique des cas de rougeole enregistrés jusqu'au 13 février. Les cas ayant un lien avec la SFU et ceux qui n'ont pas de lien sont présentés séparément. On a constaté deux vagues d'apparition du prodrome chez les différents cas. La première vague a atteint son sommet le 24 janvier et était constituée principalement de cas liés à la SFU. La deuxième vague de cas a débuté le 2 février et a connu un point culminant le 5 février. À mesure que de nouveaux cas seront signalés, cette vague prendra une forme et une envergure différentes. Pour 41 cas,

Figure 1
Distribution selon l'âge des cas de rougeole en Colombie-Britannique, du 20 janvier au 12 février 1997



Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02724/

la phase prodromique avait commencé le 2 février ou après. Neuf de ces cas (22 %) avaient un lien avec la SFU et quatre (trois cas cliniques et un cas suspect) étaient associés à d'autres établissements d'enseignement postsecondaire. Pour 28 de ces 41 cas (68 %), on n'a signalé aucun lien avec un établissement d'enseignement.

La figure 3 illustre la distribution selon l'âge des cas chez lesquels le prodrome a débuté pendant la deuxième vague (le 2 février ou après). La majorité de ces cas avaient également entre 19 et 29 ans.

Conclusions

Au début de cette éclosion, la transmission du virus s'est faite principalement entre sujets âgés de 19 à 29 ans qui avaient un lien avec la SFU. Jusqu'à présent, on a décelé, dans la deuxième vague, beaucoup moins de cas liés à cette université, ce qui porte à croire que l'on a réussi à réduire la transmission à l'intérieur de la SFU, mais non à l'éliminer.

En ce qui concerne les cas signalés d'enfants et d'adolescents de < 18 ans, la plupart n'avaient pas été vaccinés ou n'avaient pas reçu les doses appropriées. Le nombre de cas dans ce groupe était inférieur à celui auquel on aurait pu s'attendre; ce phénomène est probablement attribuable au fait que l'on avait offert, en 1996, une deuxième dose de vaccin contre la rougeole et la rubéole aux enfants entre l'âge de 19 mois et la fin de l'école secondaire, et que 85 % des sujets de ce groupe avaient reçu la seconde dose.

On a commencé à constater des cas de transmission du virus de la rougeole, dans la région du grand Vancouver, parmi des jeunes adultes (19 à 29 ans) dont certains fréquentent d'autres établissements d'enseignement postsecondaire. Un cas confirmé concernait un détenu d'un centre correctionnel provincial.

Mesures de lutte contre la transmission de la rougeole

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a autorisé des fonds pour que l'on procède à l'immunisation de tout le personnel et des étudiants des établissements d'enseignement postsecondaire et de tous les détenus et du personnel des centres correctionnels provinciaux et fédéraux de la Colombie-Britannique. En outre, on offrira le vaccin antirougeoleux aux travailleurs de la santé des établissements de soins actifs. On a conseillé aux sujets réceptifs, dans la population en général, de s'assurer qu'ils ont reçu au moins une dose de vaccin contenant la composante antirougeoleuse.

Figure 2
Dates d'apparition du prodrome rougeoleux chez les cas liés et non liés à la SFU

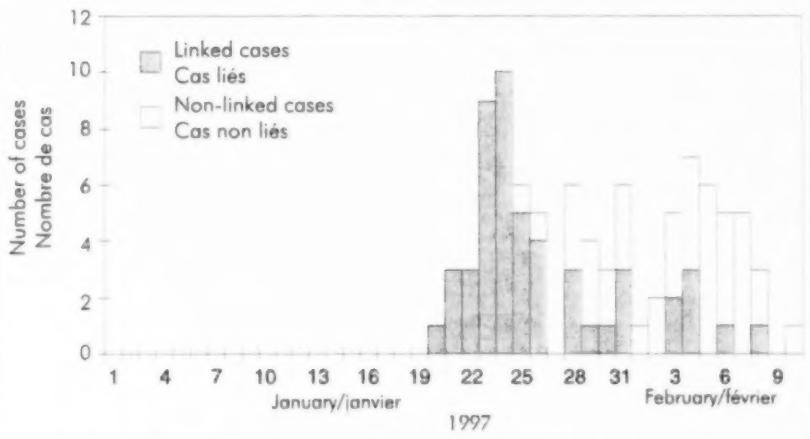
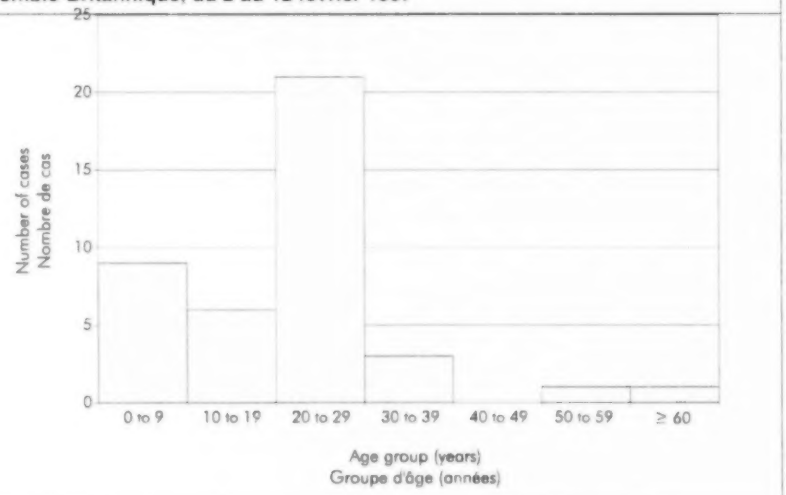


Figure 3
Distribution selon l'âge des cas de rougeole de la deuxième vague en Colombie-Britannique, du 2 au 12 février 1997



Source : *D^re A Bell, D^r A King, K Pielak, IA, BSN, Communicable Disease Epidemiology Services, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver (C.-B.); D^r M Fyfe, Programme de formation en épidémiologie d'intervention, Bureau de la surveillance et de l'épidémiologie d'intervention, LLCM, Ottawa (ON).*

Remerciements

Nous aimerions remercier le personnel des services de santé de toute la Colombie-Britannique et la section de la sérologie virale du Laboratoire provincial de la Colombie-Britannique.

Commentaire de la rédaction

On remarque, à l'analyse des faits entourant cette éclosion de cas en Colombie-Britannique, qu'au début de 1997, une nouvelle tendance s'est dessinée dans la transmission de la rougeole au Canada, où l'on avait jusqu'à présent signalé très peu d'éclosions dans des universités. En outre, c'est la première fois qu'un changement important apparaît dans la distribution selon l'âge des cas de rougeole, c'est-à-dire que cette maladie touche maintenant, au Canada, des sujets plus âgés.

La stratégie de lutte contre la rougeole adoptée par le Canada, qui comprend des recommandations sur l'immunisation émises par les autorités sanitaires fédérales, provinciales et territoriales, s'est principalement concentrée sur les enfants d'âge scolaire ou préscolaire. À la différence d'un bon nombre d'universités américaines, au Canada, on ne contrôle pas systématiquement l'immunisation contre la rougeole, pas plus que l'on n'exige une preuve de vaccination contre la rougeole comme condition d'admission à l'université. On peut vraisemblablement s'attendre à ce que la plupart des étudiants inscrits récemment à l'université qui ont fréquenté des écoles du système canadien aient déjà reçu au moins une dose de vaccin antirougeoleux, dans toutes les régions du Canada. On trouve probablement dans cette population un taux très élevé de sujets ayant reçu une dose unique de vaccin, taux qui pourrait être comparable à celui des élèves d'écoles secondaires.

En 1996, les provinces et les territoires, à l'exception du Nouveau-Brunswick, représentant au total 97 % de la population canadienne, ont commencé à administrer une deuxième dose de vaccin antirougeoleux soit à 18 mois, soit entre 4 et 6 ans. En outre, six provinces et territoires (l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest), représentant 80 % de la population canadienne, ont déjà terminé un programme systématique de rattrapage visant à administrer une deuxième dose à tous les enfants d'âge scolaire. Ces enfants sont peut-être le groupe qui affiche le plus haut taux de protection au pays. Environ 4 millions d'enfants ont été immunisés grâce à la campagne de rattrapage. Un grand nombre d'enfants d'âge scolaire d'autres régions ont reçu la deuxième dose du vaccin antirougeoleux à cause d'une menace d'épidémie. Il est bien établi que seule l'administration de deux doses de vaccin antirougeoleux peut protéger adéquatement un individu ou la société.

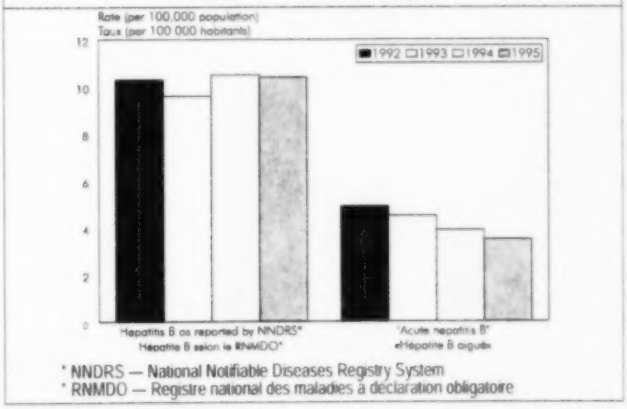
INCIDENCE DE L'«HÉPATITE B AIGUË» AU CANADA

Depuis 1969, les données de surveillance sur l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) sont transmises au Registre national des maladies à déclaration obligatoire (RNMDO) du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM). Ces renseignements sont également intégrés dans le ***Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire*** publié par le LLCM. Le sommaire annuel de 1994[1] indique qu'au cours des dernières années, le nombre de cas d'hépatite B au Canada n'a pas beaucoup varié (moyenne de 2 868 par année entre 1990 et 1994), non plus que les taux d'infection (moyenne de 10,3 pour 100 000 par année de 1990 à 1994) (figure 1). Selon les données du RNMDO, le taux brut d'infection à VHB signalée est toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes (12,2 contre 8,8 pour 100 000 en 1994). Les taux par âge d'infection à VHB signalée sont les plus élevés dans le groupe des 20 à 39 ans, alors qu'ils sont faibles chez les ≥ 60 ans et très faibles chez les personnes de < 15 ans.

Même si l'on a établi une définition de cas aux fins de la surveillance à l'échelle nationale[2], des différences substantielles persistent dans le type d'infection à VHB qui est signalée au RNMDO par les provinces et les territoires. Par exemple, depuis 1990, l'Ontario exclut les «cas de portage»; le Québec et la Colombie-Britannique déclarent les «cas aigus», les «cas chroniques» et les «cas indéterminés», et comme les cas aigus et indéterminés sont combinés lorsqu'ils sont entrés dans la base de données du RNMDO, il est impossible de les distinguer. De plus, les statistiques nationales sont influencées par le grand nombre de cas signalés en Colombie-Britannique, qui a déclaré 40 % de tous les cas au Canada entre 1990 et 1994. Il est donc difficile de tirer des conclusions concernant les tendances de l'incidence de l'infection à VHB au Canada à partir de ces données.

Grâce au contact établi avec les épidémiologistes provinciaux et territoriaux, soit directement ou par le biais d'une enquête postale effectuée à l'été de 1996, il a été possible d'obtenir de l'information de toutes les provinces et des territoires concernant les cas signalés annuellement au cours des dernières années et diagnostiqués comme n'étant probablement pas des porteurs chroniques, c'est-à-dire les cas d'«hépatite B aiguë» (mais les critères diagnostiques varient d'une province et d'un territoire à l'autre). Contrairement aux données du RNMDO, la figure 1 indique que les taux bruts d'«hépatite B aiguë» ont chuté de 29 % au Canada entre 1992 et 1995. Dans les provinces plus importantes (> 2 millions d'habitants), la tendance relative à l'incidence de l'«hépatite B aiguë» a été la suivante : diminution abrupte en Alberta, réduction apparente au Québec, léger recul en Ontario, tendance ni à la hausse ni à la baisse en Colombie-Britannique (figure 2). Si l'on combine les autres provinces et territoires, on observe une tendance modérée à la baisse (figure 2). La diminution de l'incidence de l'«hépatite B aiguë» est apparente pour chaque sexe (figure 3), quoiqu'elle soit plus marquée chez les hommes. La tendance est à la baisse dans tous les groupes d'âge de 15 à 59 ans

Figure 1
Taux bruts annuels pour l'hépatite B, Canada, 1992-1995, selon le RNMDO* et pour l'«hépatite B aiguë»



* NNDRS — National Notifiable Diseases Registry System
* RNMDO — Registre national des maladies à déclaration obligatoire

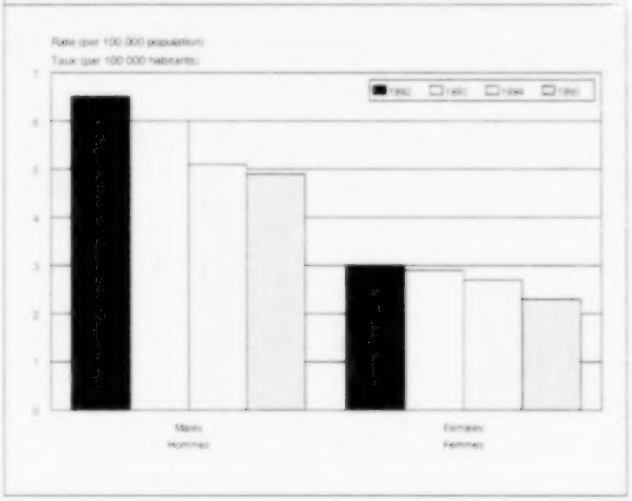
(figure 4), le déclin étant cependant plus prononcé chez les 20 à 29 ans. Comme le montrent également les données du RNMDO, c'est dans le groupe des 20 à 39 ans que les taux annuels sont les plus élevés.

Il faut user de prudence dans l'interprétation de ces données, particulièrement en ce qui concerne le Québec; les systèmes de surveillance des provinces et des territoires peuvent par exemple avoir subi des changements importants. En outre, le présent rapport ne porte que sur 4 années et l'on sait que les données de surveillance sous-estiment les taux réels. Il reste que les données présentées dans le rapport reflètent probablement une situation encourageante de déclin de l'incidence de l'infection à VHB au Canada au cours des dernières années. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce déclin apparent. Depuis 1982, le Canada a fait porter ses efforts de vaccination contre l'hépatite B sur certains «groupes à haut risque»[3] et a mis en place un programme de dépistage prénatal qui visait d'abord les femmes enceintes à «haut risque» et qui a par la suite été étendu à toutes les femmes enceintes[3].

Une tendance à la baisse de l'incidence de l'hépatite B au début des années 1990 a également été signalée aux États-Unis et a été attribuée en partie à une réduction de la transmission du virus chez les utilisateurs de drogues injectables, peut-être parce que ceux-ci sont plus sensibilisés aux problèmes des seringues contaminées[4]. Certaines inquiétudes sont réapparues toutefois par suite de l'augmentation récente des taux aux États-Unis, probablement due au fait qu'on n'ait pas profité de l'occasion pour vacciner les personnes à haut risque[5].

La mise en place récente, surtout en milieu scolaire, de programmes universels de vaccination contre l'hépatite B dnas toutes les provinces et dans les territoires sauf au Manitoba devrait contribuer au maintien (ou même à l'accélération) de cette tendance à la baisse de l'incidence d'infection à VHB. Il faudra continuer de suivre cette tendance afin d'évaluer l'efficacité de ces programmes.

Figure 3
Taux bruts annuels d'«hépatite B aiguë», Canada, 1992-1995, selon le sexe



Références

1. LLCM. *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire 1994*. RMTC 1996;22S2:66-7.
2. Santé et Bien-être social Canada. *Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie*. RHMC 1991;17S3:16-7.

Figure 2
Taux bruts annuels d'«hépatite B aiguë», Canada, 1992-1995, par province et territoire (P/T)

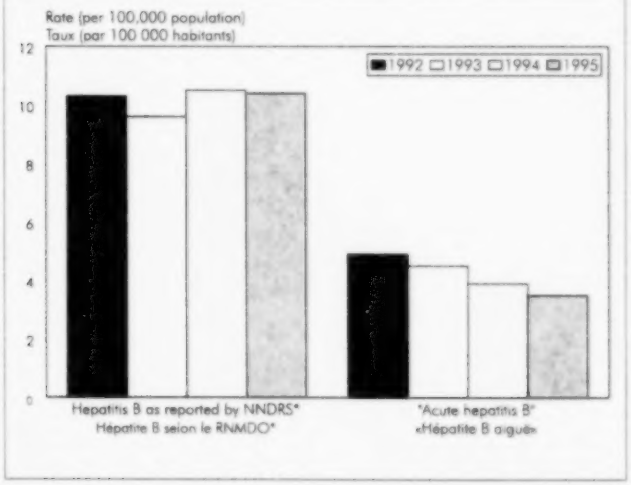
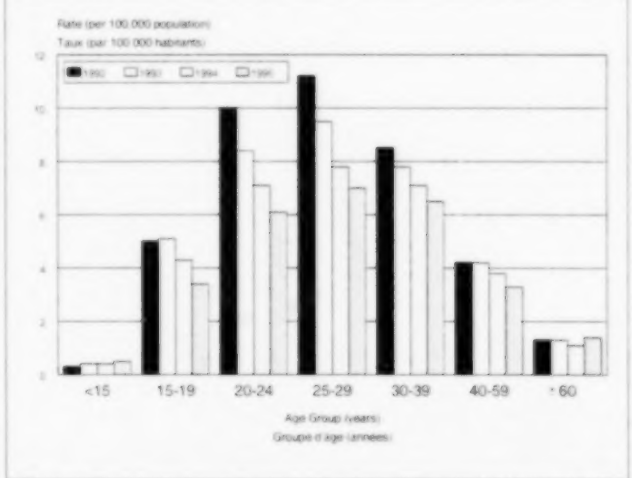


Figure 4
Taux annuels d'«hépatite B aiguë», Canada, 1992-1995, par groupe d'âge



3. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur le vaccin contre l'hépatite B*. RHMC 1982;8:221-28.
4. Alter MJ, Mast EE. *The epidemiology of viral hepatitis in the United States*. Gastroenterol Clin North Am 1994;23:437-55.
5. Goldstein S, Alter M, Moyer L et coll. *The increasing incidence of hepatitis B in the United States: challenges of vaccine delivery*. Dans: 1996 Interscience Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC). Washington, D.C.: American Society for Microbiology, 1996:280. Abstract K165.

Source : *D^r M Tepper, MHSc, Division des pathogènes à diffusion hématogène, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (ON).*

Notes internationales

PALUDISME D'AÉROPORT — SUISSE

Un homme de 54 ans est décédé à l'Hôpital cantonal de Genève le 16 juillet 1996 suite à une infection à *Plasmodium falciparum*. La maladie n'a duré que quelques jours : début avec symptomatologie de type grippal; hospitalisation pour état fébrile avec frissons; par la suite, apparition de crises convulsives, choc, anémie, thrombocytopénie, insuffisance rénale. Il est décédé 2 jours après l'admission, malgré un traitement adéquat par de la quinine intraveineuse.

L'enquête a permis d'exclure les risques tels que voyage, transfusion, toxicomanie. Le fait que le patient résidait à environ 2,5 km de l'aéroport de Genève-Cointrin (Chambésy) incite à penser qu'il a été piqué par un moustique infecté provenant d'une zone d'endémie et transporté par avion.

Le paludisme d'aéroport est un phénomène connu en Europe; néanmoins il est très rare. En Suisse, on en a détecté quatre cas aux alentours de Zurich de 1970 à 1972 et cinq à Genève durant l'été 1989.

Il faut mettre en garde les médecins sur la possibilité de paludisme même en l'absence d'un voyage en zone tropicale. Devant une fièvre d'origine inconnue, il convient de chercher activement les *Plasmodium*, surtout chez les personnes habitant ou ayant transité près d'un aéroport.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n^o 47, 1996.*

Annonce

VOYAGES INTERNATIONAUX ET SANTÉ
Vaccinations exigées et conseils d'hygiène

L'édition 1997 de ***Voyages internationaux et santé*** vient de paraître en anglais et en français. Cette brochure s'adresse aux administrations de la santé, au corps médical, aux agences de tourisme, aux compagnies maritimes et aériennes et aux organismes qui sont amenés à donner des conseils d'hygiène aux voyageurs.

En plus du résumé des exigences des pays en matière de vaccinations, la publication indique les principales zones où il y a transmission du paludisme et résistance de *Plasmodium falciparum* aux médicaments. Le schéma chimioprophylactique recommandé est aussi indiqué pour chaque pays où sévit le paludisme.

D'autres chapitres décrivent certains risques pour la santé des voyageurs et indiquent les régions où ces risques se rencontrent le plus souvent. La publication recommande aussi certaines précautions que le voyageur serait avisé de prendre lorsqu'il se rend dans des régions peu connues.

On peut obtenir cette brochure en s'adressant au **service des publications de l'Association canadienne de santé publique, 1565, avenue Carling, bureau 400, Ottawa (Ontario), K1Z 8R1 (téléphone : (613) 725-3769)**. Le coût est de 20,87 $ pour un exemplaire (frais de port et TPS inclus). L'édition 1997 sera disponible à la fin d'avril 1997.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) à la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	D^r John Spika	(613) 957-4243
	D^r Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditrice :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Parc Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Agent des abonnements	N^o de téléphone :	(613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne	Télécopieur :	(613) 523-0937
B.P. 8650		
Ottawa (Canada) K1G 0G8		

Prix par année :

Abonnement de base	80 $ (85,60 $ inclus TPS) au Canada; 105 $ US à l'étranger
Abonnement préférentiel	150 $ (160,50 $ inclus TPS) au Canada; 175 $ US à l'étranger

© Ministre de la Santé 1997

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hwc.ca/hpb/lcdc